FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Vincent DONIAS**

Né à Locmalo (Morbihan), le 21 juin 1898

# RÉSULTATS ANATOMIQUES

DE

# 102 STAPHYLORRAPHIES

*Président :* M. BERNARD CUNEO, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

LE DOYEN... M. ROGER

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS. |
| Anatomie médico-chirurgicale | CUNÉO. |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | André BROCA. |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ. |
| Bactériologie | BEZANÇON. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT. |
| Pathologie et thérapeutique générales | Marcel LABBÉ. |
| Pathologie médicale | SICARD. |
| Pathologie chirurgicale | LECÈNE. |
| Anatomie pathologique | LETULLE. |
| Histologie | PRENANT. |
| Pharmacologie et matière médicale | RICHAUD. |
| Thérapeutique | CARNOT. |
| Hygiène | Léon BERNARD. |
| Médecine légale | BALTHAZARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MÉNÉTRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | GILBERT.<br>CHAUFFARD.<br>ACHARD.<br>WIDAL. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | MARFAN. |
| Clinique des maladies des enfants | NOBÉCOURT. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME. |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN. |
| Clinique des maladies infectieuses | TEISSIER. |
| Clinique chirurgicale | DELBET.<br>HARTMANN.<br>LEJARS.<br>GOSSET. |
| Clinique ophtalmologique | De LAPERSONNE. |
| Clinique urologique | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | COUVELAIRE.<br>BRINDEAU.<br>JEANNIN. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | BROCA Auguste |
| Clinique thérapeutique médicale | VAQUEZ. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SEBILEAU. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | DUVAL. |
| Clinique propédeutique | SERGENT. |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | |
|---|---|
| ABRAMI..... | Pathologie médicale |
| ALGLAVE..... | Pathologie chirurgicale. |
| AUBERTIN.... | Pathologie médicale. |
| BASSET..... | Pathologie chirurgicale. |
| BAUDOUIN.... | Pathologie médicale. |
| BINET..... | Physiologie. |
| BLANCHETIÈRE | Chimie biologique. |
| BRANCA..... | Histologie. |
| BRULÉ..... | Pathologie médicale. |
| BUSQUET..... | Pharmacologie et matière médicale. |
| CADENAT..... | Pathologie chirurgicale. |
| CHAMPY..... | Histologie. |
| CHIRAY..... | Pathologie médicale. |
| CLERC..... | Pathologie médicale. |
| DEBRÉ..... | Hygiène. |
| I. de JONG..... | Anatomie pathologique. |
| DUVOIR..... | Médecine légale. |
| ÉCALLE..... | Obstétrique. |
| FIESSINGER... | Pathologie médicale. |
| FOIX..... | Pathologie médicale. |
| GARNIER..... | Pathologie expérimentle. |
| HARVIER..... | Pathologie médicale. |
| HEITZ-BOYER.. | Urologie. |
| HOVELACQUE.. | Anatomie. |
| JOYEUX..... | Parasitologie. |

| MM. | |
|---|---|
| LABBÉ (Henri). | Chimie biologique. |
| LARDENNOIS.. | Pathologie chirurgicale. |
| LE LORIER.... | Obstétrique. |
| LEMAITRE..... | Oto-rhino-laryngologie. |
| LEMIERRE.... | Pathologie médicale. |
| LÉVY-SOLAL... | Obstétrique. |
| LHERMITTE.. | Pathologie mentale. |
| LIAN..... | Pathologie médicale. |
| MATHIEU..... | Pathologie chirurgicale. |
| METZGER..... | Obstétrique. |
| MOCQUOT..... | Pathologie chirurgicale. |
| MONDOR..... | Pathologie chirurgicale. |
| MOURE..... | Pathologie chirurgicale. |
| MULON..... | Histologie. |
| PHILIBERT.... | Bactériologie. |
| RIBIERRE..... | Pathologie médicale. |
| RICHET Fils... | Physiologie. |
| ROUVIÈRE.... | Anatomie. |
| STROHL..... | Physique médicale. |
| TANON..... | Pathologie médicale. |
| TIFFENEAU... | Pharmacologie et matière médicale. |
| VAUDESCAL... | Obstétrique. |
| VERNE..... | Histologie. |
| VILLARET..... | Pathologie médicale. |
| WELTER..... | Ophtalmologie. |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### pour le service des examens

| MM. | |
|---|---|
| CAMUS..... | Physiologie. |
| GOUGEROT..... | Pathologie médicale. |
| GUÉNIOT..... | Obstétrique. |

| MM. | |
|---|---|
| RETTERER..... | Histologie. |
| ROUSSY..... | Anatomie pathologique. |

## IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### à titre permanent

| MM. | |
|---|---|
| AUVRAY..... | Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU .... | Clinique chirurgicale. |
| LAIGNEL-LAVASTINE | Clinique médicale. |
| LEREBOULLET. | Clinique médicale infantile. |
| LÉRI ..... | Clinique médicale. |
| LŒPER ..... | Clinique médicale. |

| MM. | |
|---|---|
| OMBRÉDANNE. | Clinique chirurgicale infantile. |
| PROUST ..... | Clinique chirurgicale. |
| RATHERY..... | Clinique médicale. |
| SCHWARTZ ... | Clinique chirurgicale. |
| TERRIEN..... | Cliniq. ophtalmologique. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | |
|---|---|
| MM MAUCLAIRE, agrégé..... | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY..... | Stomatologie. |
| N..... | Éducation physique. |
| LEDOUX-LEBARD..... | Radiologie clinique. |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A L'A MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE, A MA SŒUR, A MON FRÈRE

*Faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.*

A MES GRANDS-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO

Professeur d'Anatomie médico-chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

*Qui m'a fait le grand honneur de présider ma thèse.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR VEAU

Chirurgien de l'Hospice des Enfants-Assistés
Officier de la Légion d'honneur

*Qui m'a inspiré ce travail et m'en a donné les matériaux en hommage de ma reconnaissance et de mon admiration.*

A TOUS MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

# INTRODUCTION

Notre travail a pour but de publier un résumé des observations qui ont servi de base à la communication de M. Veau à la Société de Chirurgie (séance du 2 avril 1924). Sa seule utilité est de faire connaître les faits. Il ne peut servir qu'à ceux qui voudraient comparer leurs résultats avec ceux de M. Veau ou qui discuteraient ses chiffres et ses conclusions. On n'attendra pas de nous des idées personnelles sur un sujet aussi ardu.

Bien des détails dans ces observations sont peu compréhensibles ; pour les rendre claires, il eut fallu les expliquer par de nombreuses figures nécessitant une compétence scientifique que nous n'avons pas. J'aurais aimé reproduire les figures du travail de M. Veau, je n'en ai pas eu les moyens matériels.

Je me console en pensant que les personnes que cette thèse intéressera auront certainement sous les yeux le *Bulletin de la Société de Chirurgie*. Notre travail n'en est que la continuation, il tire sa valeur de son origine

# RÉSULTATS ANATOMIQUES

DE

# 102 STAPHYLORRAPHIES

---

En 1922, M. le Dr Veau, chirurgien des Enfants-Assistés, apportait à la Société de Chirurgie quelques critiques à l'opération classique de Langenbech-Trelat.

Il soutenait que la fréquence des échecs, la brièveté, l'immobilité du voile étaient la conséquence anatomique de deux faits chirurgicaux :

L'existence d'une large surface cruentée sur la face supérieure des lambeaux décollés comme des ponts,

La section des muscles qu'on a toujours considérée comme une nécessité inéluctable.

A notre sens, une bonne staphylorraphie devrait réunir deux conditions :

Fermer la brèche supérieure par la suture de la muqueuse nasale,

Respecter tous les muscles qu'on suture au lieu de les couper. C'est suivant ce principe qu'on a opéré 102 enfants dans le service du Dr Veau.

## I. — Mortalité

Nous avons eu deux morts :

1° Une fille de trois ans atteinte de division du voile et d'une petite partie de la voûte. Cas simple, l'opération avait duré une demi-heure,

2° Un garçon de vingt-six mois opéré un an auparavant pour un bec-de-lièvre unilatéral total. Cas difficile, l'intervention avait duré près d'une heure. Ces deux enfants sont morts d'une façon identique : le soir la température est montée à 39°, l'enfant est agité, la nuit il dort peu ou pas, le lendemain la température est à 40°. Le premier meurt au bout de trente-six heures, le deuxième après quarante-huit heures.

Ces cas terriblement attristants sont très décourageants et on se demande quelle est la cause de la mort. Devant une telle élévation de température, on pense immédiatement à l'infection, surtout parce qu'on opère dans la gorge, milieu impossible à aseptiser.

Et cependant nous ne sommes pas convaincu. Quelle est l'infection assez grave pour entraîner une mort aussi rapide ? Ces accidents s'observent aussi chez l'enfant après des opérations qui devraient être aseptiques (angiome, phimosis). On peut se demander si ces accidents ne sont pas dus à l'anesthésique.

Ce chiffre de 2 0/0 est un peu inférieur à celui donné par MM. Ehrmann, Rianzi et Sultan, Monnier

(de Zurich). Il est le même que celui donné par M. Broca.

Seuls les Anglais nous sont à ce point de vue sensiblement supérieurs. Chez eux, dans chaque service, l'anesthésie est donnée par un spécialiste expérimenté.

## II. — Statistique globale

Restent 100 opérés dont voici les résultats actuels:

| | |
|---|---|
| Guérison par une opération. . . . | 70 o/o |
| Guérison par plusieurs opérations. . | 91 — |
| Echecs partiels . . . . . | 9 — |

Trois de ces sujets seront opérés plus tard et presque sûrement guéris. Trois ont refusé l'intervention malgré notre insistance. Un a été perdu de vue. Enfin, deux conservent un trou que nous ne cherchons pas à fermer, d'abord parce que nous aurions de la peine et ensuite parce que c'est un trou rétro-alvéolaire qui sera facilement obturé par un appareil.

A ne considérer que ces chiffres, on pourrait se déclarer satisfait. Mais pour de multiples raisons la suture musculaire n'est pas encore le procédé idéal toujours à la hauteur du but qu'on se propose.

### I. — *La suture musculaire a des avantages*

Dans cette opération décevante qu'est la staphylorraphie, c'est par comparaison qu'il faut juger une méthode.

Sur 89 enfants opérés par M. Jalaguier et par lui, M. Vean donnait la statistique suivante dans une première communication :

| | |
|---|---|
| Guérison par une opération. . . . . | 48 o/o |
| Guérison par plusieurs opérations. . . . . | 74 — |
| Echec partiel . . . . . | 23 — |
| Echec total et définitif. . . . . | 3 — |

M. Erhmann (1901), sur 85 cas, donne 82 0/0 de guérison.

Rianzi et Sultan (1903), 105 cas :

| | |
|---|---|
| Guérison par une ou plusieurs opérations . | 70 o/o |
| Echec partiel . . . . . | 26 — |
| Echec total . . . . . | 4 — |

Blakevay (1914), 200 cas :

| | |
|---|---|
| Guérison par une ou plusieurs opérations. | 48 o/o |
| Echec partiel. . . . . | 40 — |
| Echec total . . . . . | 12 — |

Monniez de Zurich (1921), 87 cas :

| | |
|---|---|
| Guérison par une opération. . . . . | 63 o/o |
| Guérison par plusieurs opérations . . . . | 75 — |
| Echec partiel . . . . . | 16 — |
| Echec total . . . . . | 9 — |

Vignaud de Lyon :

| | |
|---|---|
| Réunion complète par une ou plusieurs opérations. . | 50 o/o |
| Echec partiel curable. . . . . | 30 — |
| Echec total incurable. . . . . | 18 — |

Tout récemment, dans un important mémoire, Stahl donne la statistique de 79 cas opérés à la clinique chirurgicale de Berlin (1898 à 1920), dirigée par Konig et Hildebrand :

| | |
|---|---|
| Guérison par une opération. . . . . | 38 o/o |
| Guérison par plusieurs opérations. . | 49 — |
| Echec partiel. . . . . | 39 — |
| Echec définitif . . . . . | 11 — |

Enfin la statistique de M. Broca :

| | |
|---|---|
| Guérison par une opération . . . . | 60 o/o |
| Guérison par plusieurs opérations . | 83 — |
| Echec partiel curable . . . . . | 13,8 — |
| Echec total définitif . . . . . | 3 — |

Avec la suture musculaire, les moins habiles n'auront jamais d'insuccès total définitif par sphacèle des lambeaux, parce que l'artère palatine est toujours respectée.

Il y a deux points sur lesquels je voudrais montrer la supériorité relative de la suture musculaire, c'est : la rareté de désunion totale; la constance de la mobilité du voile reconstitué.

Rien n'est plus décourageant pour le chirurgien que de constater, vers le troisième-quatrième jour, que le voile a lâché en totalité. Cette tristesse, nous ne l'avons eue que trois fois (fille de douze ans, bec-de-lièvre unilatéral total, nous avons voulu fermer le palais avant la lèvre; fille de treize ans, fente très large dont il sera reparlé plus loin; bec-de-lièvre unilatéral total de treize ans, la voûte tient le voile lâche).

Ces désunions totales étaient observées autrefois dans la proportion de 15 0/0.

Nos voiles sont tous mobiles. Par la suture musculaire, nous avons refait 91 voiles mobiles et comme à notre avis la mobilité est une condition utile pour la phonation, nous pensons que le pronostic fonctionnel de l'opération est par là-même amélioré.

II. *La suture musculaire n'est pas encore le procédé idéal.* — La méthode a un passif chargé que je dois maintenant exposer. Si nous avons un nombre de succès plus grand que nos devanciers, nous le devons à une obstination qui nous a coûté beaucoup d'efforts. Notre dernier sujet, le cent deuxième, date du mois d'octobre. Pendant trois mois, nous avons recherché nos opérés (nous n'en avons perdu de vue qu'un seul), nous avons usé de tous les arguments pour convaincre ceux qui avaient besoin d'une nouvelle intervention; trois seulement ont été irréductibles.

Par une seule intervention nous n'avons guéri que 70 0/0 de nos opérés. Sans doute, ce chiffre est supérieur à celui de nos devanciers; toutefois, une méthode qui donne encore près d'un insuccès sur quatre opérations n'est pas à l'abri de toute critique.

Mais il y a plus. Nous avons 70 0/0 de guérisons pour une intervention. On pourrait croire que nos 70 opérés quittent le service huit à douze jours plus tard comme après une appendicite. Hélas ! il n'en est rien; de guérison immédiate nous n'en avons que 38 0/0. Les autres sortent de l'hôpital avec un trou. Quelquefois il se ferme spontanément en deux ou trois semaines. Mais pour les autres, ceux qui guériront et ceux qui ne guériront pas, il faut de longs mois de surveillance et de cautérisation répétées. Vous concevez l'impatience de la famille, vous pensez aux discours que le chirurgien doit tenir pour se faire pardonner ce demi-succès, ce demi-échec, pour une opération qui semble si simple.

Pour l'enfant, ce trou est un véritable cauchemar. Vous imaginez ses appréhensions, ses pleurs, ses cris quand il revient à l'hôpital. Et quand il est de province, comme c'est presque la règle, vous comprenez quelle perturbation ce trou apporte à la vie de la famille. Vous concevez avec quelle répugnance la mère entreprend le voyage.

Bien des trous ont nécessité une seconde intervention qui eussent pu guérir par des cautérisations appropriées.

De ce trou, M. Sebileau a déjà dit : « En fait, la réunion par première intention est assez rare. »

Tant que nous n'aurons pas trouvé le moyen de supprimer ce trou, nous ne devrons pas nous déclarer satisfaits. Il y a encore beaucoup à faire pour que nous opérions une division palatine comme une hernie, une appendicite.

## III. — Statistique suivant les variétés

| | Fréquence | Guérison | | Echec | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | une opération | Plusieurs opérat. | Réparable partiel | Définitif total |
| Statistique globale. | 100 | 77 o/o | 91 o/o | 9 o/o | |
| Voile. . . . . | 10 | 100 — | | | |
| Voile et voûte . . . | 32 | 60 — | 94 — | 6 — | |
| Unilatéral . . . . . | 45 | 73 — | 89 — | 11 — | |
| Bilatéral. . . . . | 7 | 42 — | 86 — | 14 — | |
| Opérés antérieurement par d'autres chirurgiens . . . | 6 | 66,6 — | 84 — | 16 — | |

*Statistique de M. Broca*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Statistique globale. | 100 | 60 o/o | 83 o/o | 13,8 o/o | 3,7 o/o |
| Voile. . . . . | 10,2 | 68 — | 76 — | 20 — | 4 — |
| Voile et voûte . . . . | 44 | 65.7 — | 85 — | 12 — | 3 — |
| Unilatéral . . . . . | 35,9 | 47,7 — | 85 — | 12 — | 5 — |
| Bilatéral . . . . . | 8,9 | 63,6 — | 95 — | 5 — | |

Opérés antérieurement par d'autres chirurgiens.

A. — *Division du voile*

Nous croyons pouvoir affirmer que la suture musculaire est le triomphe de cette forme; nos dix opérés ont guéri *sans trou*, même temporaire. Il ne faudrait pas croire cependant que la staphylorraphie d'une fente simple est une opération de tout repos. M. Sebileau lui-même a déjà dit : « Il n'est pas exceptionnel qu'une bonne opération pratiquée pour un cas en apparence favorable aboutisse à un échec. » Sur nos six opérés, après échec d'autres chirurgiens, nous en avons trois où la voûte osseuse est intacte.

La constance du succès vient de ce que dans le voile membraneux on peut toujours faire une suture en triple plan : nasale, musculaire, buccale. Je n'en dirai pas autant pour les divisions de la voûte.

B. — *Division de la voûte et du voile*

Nous ne sommes pas satisfaits de nos résultats dans cette variété, parce que nous n'avons que 60 0/0 de guérisons après une seule opération. Et encore sur ces 60 0/0 il n'y en a que 34 0/0 sans trou temporaire.

Nous avons eu deux échecs :

1° Une fille de dix-huit mois qui présente actuellement au niveau de la voûte une fente de 1 centimètre de long sur 2 millimètres de large. Elle n'a pas été réopérée parce que l'état général de l'enfant est mauvais. Mais la mère ne fera aucune difficulté pour nous la ramener quand nous le lui demanderons,

2° Une fille de treize ans dont l'échec partiel est définitif; et c'est là un de nos plus beaux succès.

La fermeture du voile se fait toujours très facilement :

1° Suture nasale supérieure;

2° Suture musculaire;

3° Suture buccale inférieure.

Tout se passe normalement.

C'est à la voûte que les difficultés commencent :

1° La muqueuse nasale se décolle mal au sommet de la fente. Quelquefois elle se déchire, presque toujours il persiste un hiatus nasal par lequel se fait la respiration;

2° Il n'y a pas ces muscles épais qu'on peut ramener tant qu'on les sent sur la ligne médiane, l'os est en dehors inutilisable;

3° La muqueuse buccale inextensible, blindée, ne se laisse pas rapprocher.

Le procédé de Trelat ne serait applicable qu'au prix de délabrement que nous avons cherché à éviter.

Nous avons d'abord décollé la muqueuse buccale, celle-ci en s'abaissant fermerait cet hiatus qui

nous désespère. A notre grande stupéfaction nous n'obtenions rien : à peine un faible rapprochement à la partie antérieure, vers les arcades dentaires, mais rien du tout vers le voile, au niveau du point dangereux où se fait le trou.

C'est alors que nous avons compris l'importance de la section de la muqueuse nasale au niveau du bord postérieur de la lame palatine.

C'est alors que nous avons compris que la muqueuse buccale de la voûte est fixée au plafond par la muqueuse nasale tendue sur le bord postérieur des lames palatines, comme la corde du violon sur un chevalet. Tant qu'on n'a pas coupé cette muqueuse nasale, la muqueuse buccale ne s'abaisse pas. Et alors il y aurait encore les fibres du péristaphylin interne qui tireraient le voile en haut. Nous ne voulions pas sectionner la muqueuse nasale, car pour fermer cet orifice de 1 à 2 centimètres carrés qui se voit, nous aurions créé sur la face dorsale du lambeau une vaste cavité cruentée qui ne se voit pas, mais qui va s'infecter et se scléroser.

Nous ne voulions pas non plus sectionner les muscles, car la mobilité semble *a priori* une qualité pour le voile.

Nous ne pouvions donc pas fermer en abaissant la muqueuse buccale. Nous devions chercher le moyen de fermer en faisant remonter. Et nous sommes arrivés à faire une longue incision semi-circulaire en dehors de l'artère palatine postérieure.

La muqueuse est décollée en totalité, elle obstrue la fente en s'élevant vers le sommet de l'ogive.

Nous décollons la muqueuse buccale comme le faisait Trelat. Mais, Trelat décollait pour abaisser les lambeaux qui flottaient à distance de la voûte osseuse, comme un pont, suivant le terme classique. Nous incisons pour remonter notre lambeau, il glisse comme un tiroir et c'est cette ascension qui obstrue l'orifice. Il n'y a plus cette grande cavité cruentée entre l'os et le lambeau, car le lambeau reste collé à la voûte osseuse. Pour que cela soit possible, il y a deux conditions indispensables :

*a*) La muqueuse buccale doit être décollée en totalité, tant que le pôle antérieur, la région de l'artère palatine antérieure ne sont pas mobilisés, le lambeau ne peut exécuter son mouvement de tiroir en arrière et en haut. Nous n'avons pas peur de rompre l'artère palatine antérieure qui est insignifiante, parce que nous conservons toujours la grosse artère palatine postérieure. En fait, nous n'avons jamais eu d'hémorragie ni de sphacèle des lambeaux;

*b*) Le grand lambeau décollé doit être fixé au plafond de la cavité buccale. L'os ne pouvant nous donner ce point d'appui, l'aiguille ne pouvait la traverser. Nous l'avons trouvé dans la muqueuse nasale qui surplombe la berge osseuse. Toutes ces variétés de technique ne s'appliquent qu'aux fentes médianes qui arrivent jusqu'au trou palatin antérieur. Nous ne sommes jamais assurés de fermer sans

trou, même temporaire, les fentes qui dépassent la partie moyenne de la voûte.

### C. — *Divisions unilatérales*

Nous sommes plus satisfaits de la suture musculaire pour les fentes unilatérales avec bec-de-lièvre unilatéral total.

Nous avons 74 0/0 de fermeture après une seule opération, près de 50 0/0 de fermeture sans trou temporaire. Il est vrai que nous avons cinq insuccès, mais aucun n'est définitif. Un enfant a été perdu de vue, un autre sera opéré ultérieurement, trois autres ont refusé l'intervention et pour deux d'entre eux, le trou ne dépassait pas 1/2 centimètre de diamètre.

Pour ces fentes avec bec-de-lièvre unilatéral total, notre technique semble supérieure au procédé classique. Il y a à cela une raison anatomique, c'est la présence du vomer. Nous cherchons avant tout à fermer la brèche du côté nasal. Dans la division simple (sans bec-de-lièvre), nous avons de la peine à trouver ce plan nasal qu'il faut aller chercher sur la face supérieure des lames palatines. Par contre, dans les fentes unilatérales, il y a le vomer; dans la fente, il y a du côté de la fente une muqueuse qui se laisse décoller comme on veut, qu'on tire tant qu'on en a besoin.

Une seule difficulté est de fermer la brèche du côté de la bouche.

### D. — *Divisions bilatérales*

Nous comptons sept divisions bilatérales dont six avec bec-de-lièvre bilatéral total, et une avec bec-de-lièvre unilatéral total.

Ce sont des cas très difficiles à traiter. La fente est très large, les lames palatines très étroites.

Dans une première opération préliminaire suivant les principes de M. Jalaguier, la muqueuse de la face postérieure du tubercule médian est basculée en arrière. Après quoi nous avons fait la suture musculaire.

Nous ne sommes pas surpris de constater que nous avons seulement 45 0/0 de guérison complète après une seule opération.

Nous avons un insuccès définitif. C'est un jeune garçon qui nous a été confié par M. Mauclaire. Il a un trou de 1 centimètre carré derrière le tubercule médian. Nous pourrions peut-être le fermer; comme il aura toujours besoin d'un appareil dentaire, la prothèse s'en chargera.

### E. — *Divisions opérées antérieurement*

Nous avons six sujets que d'autres chirurgiens avaient opérés précédemment suivant le procédé classique.

Nous en avons vu un plus grand nombre pour lesquels nous avons refusé d'intervenir.

A notre avis, la limite de l'opérabilité n'est pas la largeur de la fente (on peut toujours rapprocher

les parties molles au niveau du palais), mais l'absence des muscles. Quand nous ne voyons pas de mouvements dans les moignons palatins, nous présumons que les muscles coupés se sont rétractés, sclérosés, ils sont réduits à rien. Alors notre intervention, si elle réussissait, ne pourrait que créer une cloison rigide, inutile. Nous préférons adresser le sujet au stomatologiste qui fera un appareil prothétique.

Parmi ces six sujets il y avait :

1° Trois divisions simples du voile. Nous sommes certains de ce fait, car en désinsérant l'aponévrose, nous suivons le bord postérieur de la lame palatine, elle était intacte;

2° Deux divisions de la voûte et du voile, dont une avait été opérée en Suisse;

3° Une division avec bec-de-lièvre bilatéral total, opérée précédemment par un chirurgien de Paris.

Au point de vue du résultat, nous avons :

1° Quatre opérés guéris par une opération dont un seul avec un trou temporaire;

2° Un opéré guéri en deux interventions (division de la voûte et du voile);

3° Une opérée qui conserve un trou (division simple du voile). C'est une adulte de vingt-deux ans. Malgré deux interventions elle conserve en avant du voile un orifice de deux millimètres de diamètre. Il est très probable qu'on fermerait ce trou sans grande peine. L'opérée s'y refuse absolument. Son

langage a été très amélioré par une première intervention. Elle s'est mariée dans l'intervalle, elle ne veut pas sacrifier une semaine de travail pour fermer un trou qui ne la gêne nullement.

## OBSERVATIONS

Observation I. — S... Roger, 12 ans. Division du voile et de la voûte.

11 novembre 1921. — Suture musculaire, pas de suture nasale. Neuf points sur la muqueuse buccale.

1er décembre 1921. — Le fil métallique n'a pas été assez serré. Nouvelle suture.

Cet enfant a été présenté à la Société de Chirurgie le 25 janvier 1922, il a lui-même raconté son histoire. Il parle normalement avec un fort accent du Morvan. En examinant le palais avec attention on voit à la partie antérieure du voile une dépression ombiliquée où un stylet pénètre. Il y a donc un orifice virtuel qui ne se manifeste par aucune gêne fonctionnelle jamais une goutte de liquide ne passe par le nez.

Obs. II. — S... Arsène, 9 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Palais antérieur. Suture musculaire. Une opération. Guérison sans trou.

15 mars 1921. — Palais antérieur. Cet enfant a été opéré à une époque où M. Veau essayait le procédé d'Arbunott Lane. Au lieu de faire la bascule d'un lambeau palatin pris du côté de l'insertion du vomer on a fait la bascule d'un lambeau prélevé sur la lame fendue. Résultat très bon, pont de 25 millimètres de large.

21 novembre 1921. — Suture musculaire au fil d'argent noué au milieu, pas de suture nasale. Guérison sans trou. A été présenté à la Société de Chirurgie le 25 janvier 1922.

Obs. III. — N..., 9 ans. Division de la voûte et du voile.

Suture musculaire et nasale. Une opération. Guérison

sans trou. Fente très large (21 mm.) atteint le niveau de la première molaire.

6 décembre 1921. — Décollement de la muqueuse buccale au niveau de la voûte en respectant l'artère palatine.

10 décembre 1921. — Suture nasale pour la première fois (10 points). Suture musculaire au fil d'argent noué dans l'incision latérale droite. A été présenté à la Société de Chirurgie le 25 janvier 1922.

Obs. IV. — I..., Denise, 7 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Deux opérations. Guérison. Lèvre opérée par M. Veau à 11 mois.

30 novembre 1921. — Suture nasale totale, impossible de faire la suture de la muqueuse nasale. Deux fils métalliques pour la suture musculaire noués à droite et à gauche dans les incisions latérales. Au niveau de la voûte on a voulu faire comme Lannelongue (incision haute sur la face latérale du vomer).

Résultat : bonne suture du voile, désunion complète de la voûte.

Ce cas a démontré qu'il était beaucoup plus rationnel de prendre une charnière en haut du côté nasal pour remonter le lambeau, plutôt que de prendre la charnière en bas du côté buccal pour abaisser un lambeau.

13 mars 1922. — Fermeture de la fente de la voûte, pas un lambeau basculé. Décollement de la partie antérieure de la lame palatine.

Obs. V. — N..., Paulette. Bec-de-lièvre unilatéral total droit.

Une opération. Guérison sans trou. Lèvre opérée à 7 mois par un chirurgien de Paris.

18 novembre 1920. — Lèvre opérée par M. Veau suivant le procédé de Trelat. Désunion partielle.

7 ans et demi. Orifice de 18 millimètres de long sur 7 millimètres de large, le voile mobile surtout à droite est réduit à un pont de 1 centimètre de large.

12 janvier 1922. — Suture nasale : 6 points. Suture musculaire fil d'argent lié à droite. Suture buccale (3 points).

Obs. VI. — B..., 4 ans. Division de la voûte et du voile.

Une opération. Guérison sans trou. Fente atteignant la deuxième molaire.

30 janvier 1922. — L'incision latérale droite a été déchirée, elle arrive en dedans presque jusqu'à la fente. Suture nasale, 12 points. Suture musculaire liée à droite.

Obs. VII. — B..., Berthe, 15 ans. Bec-de-lièvre bilatéral total.

Trois opérations. Guérison.

Une sœur aînée a un bec-de-lièvre sans division palatine. Elle a un premier fils que M. Veau a opéré de bec-de-lièvre.

Opérée de la lèvre à Trousseau à 17 mois, on a réséqué le tubercule médian en totalité ; le résultat est très mauvais. La photographie a été publiée dans les *Annales of Surgery*, août 1922, p. 143.

15 ans, fente totale très large, absence de tubercule médian. Amygdales très grosses n'ont pas été enlevées.

13 janvier 1922. — Au niveau du voile, suture typique, nasale, musculaire (liée à droite), buccale. Au niveau de la voûte, seulement suture nasale.

Résultat : le voile tient, la voûte lâche complètement.

27 juin 1922. — Deuxième opération. Décollement de la lame palatine gauche. Suture nasale. Suture buccale complète. Résultat : trou postérieur à l'incision de la voûte et du voile.

Troisième opération, 24 octobre 1922. Suture buccale, trois points. Résultat : orifice qui met six mois à se fermer.

Obs. VIII. — B... Berthe, 18 mois. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Guérison sans trou temporaire. Lèvre opérée par M. Veau. Chose curieuse le bord alvéolaire s'est complètement soudé, on croirait une fente simple (sans bec de lièvre) mais d'une forme absolument anormale car c'est une fente unilatérale puisque le vomer s'insère sur la lèvre droite de la fente.

22 janvier 1922. — Suture totale, procédé typique.

Obs. IX. — F... Nicolas, 7 ans.

Guérison sans trou temporaire. Lèvre opérée par M. Veau. Fente très large. Les points antérieurs des lames palatines sont à peine au contact.

6 décembre 1921. — Palais antérieur. Bon résultat.

6 mars 1922. — Fente de 15 millimètres de large, ne dépasse pas en avant la deuxième molaire. Suture typique. Résultat : orifice de 5 mm. × 2 à l'union de la partie ancienne et de la partie nouvelle.

13 juin 1922. — Incision de la muqueuse buccale parallèle aux arcades à 5 millimètres de l'orifice. Décollement des lèvres de l'orifice. Un point sur la muqueuse nasale. Quatre points sur la muqueuse buccale. Une membrane amniotique a été passée par les deux orifices buccaux pour isoler la cicatrisation buccale de la cicatrisation nasale.

Obs. X. — M... Division du voile. Guérison sans trou. 28 mois. Suture typique. Six points nasaux, 10 points buccaux.

Obs. XI. — G... Marcel, 8 ans 1/2. Division simple du voile. Retouche. Opéré à 7 ans 1/2 dans un hôpital de l'Assistance. Désunion totale. Fente limitée au voile. Large de 13 millimètres, longue de 15.

14 mars 1922. — La partie antérieure de l'incision droite qui rejoint l'incision médiane a été déchirée. Suture typique.

Guérison sans trou temporaire.

Obs XII. — V... Aimé. Bec-de-lièvre bilatéral total.

Trois opérations. Guérison. Venu du Canada pour se faire opérer par M. Jalaguier. Lèvre 30 mai 1914, par M. Jalaguier.

29 novembre 1921. — Partie antérieure du palais suivant la technique représentée dans le *Journal de Chirurgie* (1922, p. 139).

Onze ans, bonne voûte antérieure de 4 centimètres de large. Fente 14 millimètres.

18 mars 1922. — Un lambeau est pris sur la lame palatine gauche, en la basculant autour du bord interne de

la lèvre gauche de la fente, il donne de l'étoffe pour une bonne suture nasale (7 points). Suture musculaire. Suture buccale incomplète ; un large hiatus médian et gauche.

Deuxième opération. — Trou à l'union de la voûte et du voile (14 mm. × 9). Désinsertion de l'aponévrose. Dédoublement du bord de l'orifice, parties molles très épaisses. Une suture métallique analogue à une suture musculaire. Trois points sur la muqueuse buccale. Le lendemain le fil métallique avait tout coupé, d'où la conclusion que le fil métallique n'est bon que s'il suture des muscles.

Résultat : Trou circulaire de 1 centimètre de diamètre.

26 novembre 1923. — Troisième opération. Décollement de la totalité de la muqueuse buccale pour obturer l'orifice par ascension du lambeau.

Obs. XIII. — A... Bastienne, 16 ans. Bec-de-lièvre bilatéral total.

Une opération. Guérison. Lèvre opérée antérieurement. Lèvre opérée par M. Vean. Le tubercule médian a complètement disparu.

31 décembre 1921. — Opération de Alburnoth Lane. Bascule d'un lambeau droit sous la muqueuse palatine gauche sans section des muscles.

Résultat : la voûte tient en partie, le voile a complètement lâché.

27 avril 1922. — Suture du voile. Suture nasale, 4 points. Suture métallique. Suture buccale, 10 points.

Obs. XIV. — E... Bec de lièvre bilatéral.

Guérison. Opéré par M. Broca. Une opération. C'est de ce malade dont il a été question à la Société de Chirurgie. C'était le seul échec de M. Broca pour fente bilatérale.

Opéré de la lèvre à 4 mois par M. Broca avec un excellent résultat.

Première opération du palais : la voûte tient, le voile lâche.

Deuxième opération : la mère dit que la fente s'est reproduite exactement comme avant.

4 avril 1922. — Procédé typique, la muqueuse nasale s'est rompue au niveau du bord postérieur de la lame palatine gauche.

Obs. XV. — C... Bec-de-lièvre unilatéral total gauche opéré dans la Somme dans son jeune âge.

Une opération, guérison. La voûte est absolument verticale.

24 février 1922. — Palais antérieur, bascule d'un lambeau vomérien.

7 avril 1922. — Largeur de la fente : 15 millimètres, la suture de la muqueuse nasale et de la muqueuse buccale à la partie antérieure de la fente n'a pu être faite.

12 mai 1922. — Orifice de 5 millimètres de large sur 10 de long. Au niveau de la deuxième molaire. Décollement des bords : suture buccale, la voûte est absolument infundibuliforme, elle semble fermée mais en regardant attentivement au sommet de la dépression on peut voir et cathétériser l'orifice gros comme la tige d'une épingle Le sujet dit que quelquefois il passe une goutte de liquide.

Obs. XVI. — L... René. Enfant assisté. Bec-de-lièvre unilatéral total, opéré par M. Jalaguier. Réunion sans trou temporaire.

L'écart entre les arcs gingivaux est tellement grand que M. Jalaguier a fait une ostéotomie. Palais opéré par M. Veau suivant le procédé de Trelat, il y avait encore un écart de plus de 1 centimètre entre les incisives. Résultat : la voûte tient, palais lâche.

11 avril 1922. — Suture musculaire, largeur de la fente 17 millimètres. A gauche la muqueuse pharyngée est décollée par l'index. Bonne suture musculaire. Six points sur la muqueuse nasale.

Obs. XVII. — D... Carmen. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Lèvre opérée par M. Jalaguier. Palais opéré par M. Vean suivant le procédé de Trelat, le 30 mai 1921. La voûte tient, le voile lâche.

13 avril 1922. — Suture musculaire par 2 points métalliques passés perpendiculairement à la direction des muscles.

Obs. XVIII. — C... Jean, 6 ans 1/2. Division du voile et de la voûte.

Deux opérations. Le pôle antérieur de la fente atteint la deuxième molaire, largeur 14 millimètres.

15 avril 1922. — Opéré à Trousseau. La muqueuse nasale est très friable en avant au niveau de la voûte elle se déchire sous l'aiguille, la muqueuse buccale tire beaucoup à la partie antérieure de la fente. Suture musculaire. Résultat : trou définitif 1,6.

6 juillet 1922. — Deuxième opération. On a voulu basculer un lambeau buccal avec le bord de l'orifice comme charnière : la charnière s'est rompue ; pour combler la vaste perte de substance on a décollé un lambeau palatin gauche qui a été tordu avec l'artère palatine dans son pédicule pour le ramener comme un opercule sur la perte de substance buccale. Résultat : un tout petit pertuis au fond d'un infundibulum à la partie antérieure de l'orifice primitif.

En juillet 1923, l'orifice admet à peine un stylet de 1 millimètre, aucun aliment ne reflue.

Obs. XIX. — D..., 5 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Guérison sans trou temporaire.

13 mai 1922. — Suture : pour allonger le lambeau nasal on a fait l'incision à 4 millimètres du bord de la fente. Suture nasale très complète. Suture musculaire. Suture buccale, décollement de la pointe antérieure de la lame palatine gauche. Guérison sans trou temporaire.

Obs. XX. — B,.. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Une opération. Guérison sans trou. Lèvre opérée dans le jeune âge.

Le 17 mai 1922. — Résection du vomer pour utiliser l'élasticité de la muqueuse nasale du côté opposé. Suture nasale très complète. Quatre points au niveau de la voûte, huit points au niveau du voile. Suture musculaire. Suture buccale incomplète.

Obs. XXI. — L... Claude, 7 ans. Division de la voûte et du voile. Guérison avec un trou temporaire.

15 mai 1922. — En avant de la fente se trouve une longue zone où la muqueuse buccale est accolée à la mu-

queuse nasale et ne pouvait en être séparée. En suturant de suite on aurait du sacrifier cette zone, et accroître beaucoup l'étendue de la fente. On s'est contenté de décoller le plus possible, sans inciser sur les lèvres de la fente.

18 mai. — Deux points sur la muqueuse nasale de la voûte. Suture musculaire. La suture buccale tire beaucoup à la partie antérieure de la fente. Guérison.

Trou temporaire fermé en vingt jours sans cautérisations.

Obs. XXII. — T... Raymonde, 2 ans 1/2. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche. Guérison.

Trois opérations. Lèvre opérée par M. Vean. Palais antérieur 25 mars 1922. Bon résultat.

19 mai. — Suture. Difficulté pour raccorder la partie antérieure suturée avec la partie postérieure, la muqueuse nasale se déchire. Suture musculaire, suture de toute la muqueuse buccale. Angine grave le troisième jour, suppuration. Résultat : la luette et le bord postérieur du palais ont lâché sur une hauteur de 1 centimètre, il y a un trou au lieu d'élection, entre les deux un pont de 2 centimètres de large.

18 octobre. — Opération.

Résultat mauvais, suppuration abondante de la narine, la luette relâche de nouveau, le trou est définitivement fermé.

Obs. XXIII. R..., 4 ans. Division de la voûte et du voile. Guérison sans trou temporaire.

Malformation du plancher de la bouche dont l'observation a été publiée (*Arch. de méd. des enfants*, 1922).

31 mai 1923. — Suture typique, 5 fils nasaux, suture musculaire, 8 fils buccaux. Guérison sans trou temporaire.

Obs. XXIV. — F... Bec de lièvre unilatéral total gauche. Guérison, une opération sans trou temporaire.

Lèvre opérée par M. Kirmisson, retouchée le 23 juin 1923. Sept dents cariées ont été arrachées huit jours avant l'intervention sur le palais.

2 juin 1923. — Suture totale. Au niveau de la voûte, la muqueuse nasale est assez mobile pour que le même fil puisse prendre deux branches. Onze points nasaux.

Suture musculaire, métallique, liée à droite comme toujours.

Suture buccale. Malgré le décollement du lambeau gauche la plaie buccale n'a pu être fermée en totalité.

Obs. XXV. — F... Georgette, 6 ans. Division de la voûte et du voile. Deux opérations.

7 juin 1922. — Suture. La muqueuse nasale a été maladroitement déchirée en désinsérant l'aponévrose. Un seul point sur la muqueuse nasale au niveau de la voûte. Un très large hiatus nasal. Sept points sur la muqueuse nasale au niveau du voile.

Suture métallique. Suture buccale.

Résultat : Un orifice qui n'est pas au lieu d'élection mais à la partie moyenne du voile et un peu à droite de la ligne médiane.

30 octobre 1922. — Fermeture de l'orifice.

Obs. XXVI. — D... Jean, 12 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Une opération sans trou temporaire. Lèvre opérée par M. Veau. Palais antérieur, 6 février 1922. Il y avait un grand écart entre les arcades dentaires.

8 juin 1922. — Suture du voile. Suture nasale 3 points au niveau de la voûte. Suture métallique. Suture buccale totale possible grâce à une incision externe du lambeau buccal droit.

Obs. XXVII. — V. K... Antoinette, 10 ans 1/2. Retouche. Deux opérations. Division de la voûte et du voile, opérée dans un hôpital de l'assistance.

Le voile a complètement lâché, à la voûte il y a une fente longue et étroite. Entre les deux un pont de 8 millimètres de large, scléreux.

16 juin 1922. — Suture du voile. Trois points sur la muqueuse nasale. Suture musculaire. Six points sur la muqueuse buccale. Décollement des bords de l'orifice antérieure, suture buccale.

Résultat : le voile tient, la fente a lâché en partie.

22 novembre 1922. — Suture de l'orifice antérieure. Guérison. Nous avons eu tort de vouloir respecter le pont entre la fente et l'orifice. Nous devions l'inciser délibèrement, cela nous aurait permis de trouver un plan nasal continu et d'en faire une bonne suture.

Obs. XXVIII. — C..., Lucien-Luc, 4 ans 1/2. Division du voile.

Une opération sans trou temporaire. La fente mesure 13 millimètres de largeur et 28 millimètres de long, jusqu'à la base de la luette. Quand l'enfant contracte son voile on voit nettement que le pôle antérieur de la fente est reportée en arrière, comme si les fibres du muscle de la fente se rejoignaient sur la ligne médiane.

20 juin 1922. Suture typique.

Obs. XXIX. — B..., Jeanne, 2 ans 1/2. Division de la voûte et du voile.

Une opération sans trou temporaire. Fente très longue mais n'atteignant pas le conduit palatin antérieur.

21 juin 1922. — Suture nasale incomplète parce que la muqueuse se déchire au sommet de la fente. Suture musculaire. Suture buccale. Pour pouvoir fermer nous avons décollé toute la muqueuse buccale par une longue incision circonférentielle, réunissant les deux incisions latérales. Mais il restait quelques tractus entre la muqueuse et la voûte. Pour individualiser plus sûrement la cicatrisation nasale de la cicatrisation buccale nous avons passé entre les deux muqueuses une membrane amniotique. A cette époque, nous n'avions pas compris quelle part on pouvait tirer du décollement buccal. Ici notre but n'avait pas été de décoller pour refouler en haut mais de permettre à la cicatrisation nasale de se faire à distance de la cicatrisation buccale. Cette conception théorique étant basée sur ce fait que le trou se forme quand la cicatrisation nasale rejoint la cicatrisation buccale. L'événement nous a donné raison mais nous croyons cette pratique peu sûre.

Obs. XXX. — R..., 13 ans 1/2. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Une opération, trou temporaire. Lèvre opérée par M. Jalaguier. La fente est très large, 20 millimètres, mais les arcades dentaires sont en contact.

22 juin 1922. — Suture nasale, 4 points au niveau de la voûte, 6 points au niveau du voile. Suture musculaire. Suture buccale incomplète malgré une incision de débridement le long des dents (cette incision a été insuffisante parce que nous n'avons pas été jusqu'aux trousseaux fibreux qui avoisinent l'artère).

Trou fermé en cinq semaines sans cautérisation.

Obs. XXXI. — B... Roger, 13 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total droit.

Une opération sans trou temporaire. La fente palatine est bouchée par le cornet inférieur qui a été très gênant pour l'opération.

24 juin 1922. — Procédé typique. Résection du vomer. Suture nasale. Quatre points sur la muqueuse de la voûte, 7 points sur la muqueuse du voile. Suture musculaire. Suture buccale incomplète malgré une incision libératrice du lambeau buccal droit.

Obs. XXXII. — V... Jeanine, 7 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total.

Une opération sans trou temporaire.

26 janvier 1922. — Palais antérieur, très grand écart entre les arcades. Petit pont insignifiant.

26 juin 1922. — Suture nasale : 3 points au niveau de la voûte, 6 points au niveau du voile. Suture musculaire : 2 points (ce que nous n'avions jamais fait). Suture buccale incomplète malgré l'incision du lambeau buccal pour permettre son élévation. Nous n'avions pas suturé complètement la muqueuse buccale, il y avait de grandes probabilités pour qu'il y eut un trou au moins temporaire. Mais dans ce cas nous avons eu de la chance, nous avons pu prendre les deux muqueuses pour les suturer derrière le lambeau buccal.

Obs. XXXIII. — P... Marcel, 2 ans. Bec-de-lièvre unitéral total gauche.

Une opération sans trou temporaire. Lèvre opérée, 23 mai

1921 à onze mois. La division du voile du palais pourrait être rangée parmi les divisions bilatérales parce que le vomer s'attache à la lame palatine plus de 1 centimètre en arrière de l'épine palatine, la division est donc bilatérale en arrière, unilatérale en avant. Nous la rangeons dans les divisions unilatérales parce que nous avons pu utiliser la muqueuse vomérienne.

28 juin 1922. — Section du vomer. Suture nasale : 7 points. Suture musculaire. Suture buccale complète grâce à une incision libératrice en dehors du lambeau buccal gauche.

Obs. XXXIV. — H... Henri, 13 mois. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Une opération sans trou temporaire. Lèvre opérée par M. Veau. Le vomer est anormalement horizontal.

29 juin 1922. — Suture nasale : 4 points au niveau de la voûte, 6 points au niveau du voile. Suture musculaire. Suture buccale totale grâce au décollement total du lambeau gauche qui n'était retenu que par l'artère palatine postérieure.

Obs. XXXV. — T... Fernande, 25 ans. Retouche. Trois opérations. Echec.

Palais opéré dans un hôpital de l'Assistance. Ce n'était qu'une division du voile parce qu'au niveau de la voûte palatine osseuse nous avons vu une encoche de quelques millimètres à peine.

3 juillet 1922. — Suture nasale impossible au sommet de la fente parce que la muqueuse est un bloc fibreux adhérent au bord postérieur de la lame palatine. Cinq points au niveau du voile. Suture métallique. Suture buccale : 6 points, au lieu de tirer en avant comme d'ordinaire dans les fentes de la voûte et du voile, ça tire au milieu du voile.

Résultat : trou au milieu du voile.

19 juillet. — Incision transversale à concavité postérieure le long et un peu en avant du bord postérieur de la lame palatine. Un point sur la muqueuse nasale. Trois points sur la muqueuse buccale.

Résultat : échec.

5 février 1923. — Troisième opération .Nouvelle suture musculaire, suture nasale ,suture buccale. Nouvel échec. Orifice de 2 millimètres de diamètre à l'union de la voûte et du voile.

En novembre 1923, la malade est très améliorée dans son langage. Elle refuse une nouvelle intervention.

Obs. XXXVI. — V. O... Madeleine, 8 ans. Bec-de-lièvre bilatéral total.

Une opération. Trou temporaire. Lèvre opérée par M. Veau. Palais antérieur, 3 février 1922.

4 juillet 1922. — Suture nasale : 2 points au niveau de la voûte. Six points au niveau du voile. Suture musculaire. Suture buccale. Tortion à 45° d'un lambeau buccal gauche retenu que par son pédicule artériel. Trou à la partie antérieure de la voûte se ferme en quelques mois.

Obs. XXXVII. — L..., 12 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total droit.

Une opération, trou temporaire. Lèvre opérée par M. Pouliguen de Brest avec un résultat remarquable, la narine n'est pas étalée. Le vomer est absolument vertical.

7 juillet 1922. — Section transversale de la muqueuse buccale d'un seul côté (opposé à la fente) nous voulions isoler par une articulation le voile qui est mobile de la voûte qui est fixe. Résection du vomer. Suture nasale : 4 points au niveau de la voûte prennent les deux muqueuses. Cinq points au niveau du voile. Suture musculaire, suture buccale n'a été possible qu'après décollement de tout le lambeau du côté de la fente, incomplète au niveau de l'incision transversale qui n'a pas été suturée.

Trou fermé sans cautérisation en trois semaines.

Obs. XXXVIII. — C... Jacqueline, 2 ans. Fente bilatérale. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Une opération. Trou temporaire. Lèvre opérée par M. Veau. Le vomer s'insère tout à fait en avant de la lame palatine, cette fente doit être considérée comme une

fente bilatérale parce que nous n'avons pu utiliser la muqueuse vomérienne.

21 juillet 1922. — Les arcades dentaires ne sont pas au contact. Suture nasale : 3 points au niveau de la voûte, 6 points au niveau du voile. Incision transversale de la base du lambeau droit pour isoler le voile de la voûte. Alors nous nous sommes aperçus d'une brèche considérable que nous avons fait par maladresse dans la muqueuse nasale droite. Elle n'a pas pu être fermée. Toute la respiration se fait par cette brèche latérale.

Le trou s'est fermé spontanément en six semaines.

Octobre 1923. — Voile très mobile. En regardant attentivement on voit une fente de 5 millimètres de long à l'union de la voûte et du voile, un stylet décèle un orifice minuscule au centre. Cautérisation au nitrate d'argent.

Obs. XXXIX. — ... Pierre, 14 mois. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Une opération sans trou temporaire. Lèvre opérée par M. Veau.

Palais antérieur, 21 février 1922. Nous avons voulu isoler la suture du voile mobile de la voûte immobile en laissant au niveau de l'articulation une muqueuse nasale qui ne risque pas de se perforer. Longue incision transversale très concave en arrière réunissant les deux incisions latérales habituelles en passant à 1 centimètre en avant du pôle antérieur de la fente. Suture nasale : 6 points. Suture métallique. Suture buccale complète.

Obs. XL. — R..., Suzanne, 8 ans 1/2. Bec-de-lièvre unilatéral total.

Une opération sans trou temporaire. Lèvre opérée par M. Veau.

Palais antérieur, 5 avril 1922. Bon résultat. Nous avions comme objectif :

1° Renforcer le point faible par un lambeau pris sur le bord de la fente. C'est une erreur parce que :

*a*) ce lambeau est mal nourri ;

*b*) la muqueuse qu'on bascule est mince, sans consistance, elle est élastique comme du caoutchouc, on en fait ce qu'on veut mais elle n'a pas de valeur plastique ; elle

est toute différente de la muqueuse buccale proprement dite plaquée sur l'os et blindée ;

2° Boucher le trou antérieur qui ne pouvait être fermé par un lambeau buccal roté de 45° ;

3° Créer une articulation mobile entre le voile qui remue et la voûte fixe. Incision à droite. L'incision de la fente est prolongée jusqu'au sommet de la luette. Suture musculaire. Fil métallique. Suture nasale : 5 points au niveau du voile. La muqueuse nasale de la partie antérieure de la fente ne peut être rapprochée, elle est scléreuse mais résistante, 3 points sont passés avec l'aiguille de Trélat. Le lambeau palatin est ramené sur la ligne médiane et suturé au lambeau velaire gauche. Il est tellement élastique que nous aurions pu tirer beaucoup plus mais c'était aux dépens de la largeur, il est très mince.

L'orifice nasal restait béant en avant, tout l'air de la respiration passant par ce trou avec une grande force.

Pour obturer cet orifice nous avons taillé un lambeau muqueux sur la voûte en le soulevant, nous avons vu le pédicule artériel de la palatine postérieure avec ses nerfs. Toutes les adhérences avoisinantes ont été rompues, le lambeau a été tordu de près de 45° et fixé sur le trou par les fils qui avaient été passés dans la muqueuse nasale.

Obs. XLI. — F..., Xavier, 2 ans 1/2. Division de la voûte et du voile. Deux opérations.

Ce cas a été très instructif, car il fut un désastre par notre inexpérience. Nous avons voulu faire une plastie de la muqueuse buccale en imbriquant les sutures.

6 octobre 1922. — Incision.

L'aponévrose est bien désinsérée des bords postérieurs des lames. La lame palatine gauche est à nu, au-dessus d'elle il y a une lame d'apparence fibreuse très tendue. Nous supposons que c'est l'aponévrose et qu'après avoir incisé cette lame nous trouverions au-dessous une muqueuse élastique plus facilement utilisable. A notre grand désespoir c'était la muqueuse et nous avions fait une brèche énorme par où se faisait toute la respiration. Alors nous avons taillé un lambeau dans la muqueuse de la voûte côté gauche, il a été décollé de l'os et n'était plus fixé que par l'artère palatine. Ce lambeau est tordu de 45° et

suturé aux lèvres de la plaie. Il obturait bien le large orifice.

Ce fut un désastre, la désunion a été presque complète il ne restait qu'un pont au niveau du voile. Le lambeau tordu fait une saillie scléreuse dans une fente semi-lunaire.

26 janvier 1923. — Nouvelle intervention. Suture nasale incomplète parce qu'à gauche (côté de la section) ; la muqueuse est un bloc fibreux qui coupe sous le fil. Suture musculaire : 2 points comme il sera dit plus loin. Suture buccale totale.

Résultat : trou qui a été cautérisé de nombreuses fois.

Novembre 1923. — Le palais est court mais mobile, à l'union du voile et de la voûte il existe une fente dont les lèvres sont au contact même quand l'enfant fait des efforts de vomissements. Un stylet pénètre. Comme l'enfant est craintif, que cet orifice ne le gêne nullement, pas de cautérisation.

Obs. XLII. — Z... Jean-Jacques, 2 ans 1/2. Bec-de-lièvre unilatéral total.

Une opération. Trou temporaire. Lèvre opérée par M. Veau.

3 octobre 1922. — Incision. Suture nasale : 3 points au niveau de la voûte, 8 points au niveau du voile. Suture musculaire. Suture buccale normale au niveau du voile, le lambeau droit est amené à gauche. Il reste une large surface cruentée en avant. Trou fermé en trois mois était un peu à gauche de la ligne médiane.

Ce cas malheureux a montré qu'il était dangereux de laisser sur la ligne médiane une large surface cruentée. Il faut avoir comme objectif de fermer la muqueuse buccale sur la ligne médiane. Il vaut mieux laisser une surface cruentée sur les côtés où il y a les lames palatines que sur le milieu où la suture nasale est toujours précaire.

Obs. XLIII. — T..., un an. Bec-de-lièvre unilatéral total.

Une opération sans trou temporaire. Lèvre opérée par M. Veau.

24 février 1922. — Palais antérieur.

7 octobre 1922. — Incision semi-circulaire à concavité

postérieure comme l'observation XXXIX. Suture nasale : 6 points. Suture musculaire. Suture buccale : 7 points.

Obs. XLIV. — R... Jacques, 4 ans. Division de la voûte et du voile. Deux opérations.

La division dépasse à peine le niveau de la dernière molaire. Mais il y a en avant de la division apparente une zone médiane extrêmement mince où les deux muqueuses sont accolées.

30 octobre. — Décollement comme l'observation XXI, incision semi-circulaire comme dans le cas précédent.

10 octobre. — Suture nasale : 8 points. Suture musculaire. Suture buccale : 10 points très complets. Nous avons commis la faute de détacher complètement la pointe antérieure. Voilà trois cas où l'on a fait la même incision semi-circulaire en dedans de l'arrière. Les deux premiers ont été un succès complet, le troisième a été un échec lamentable. Le sommet du lambeau s'est sphacélé et ce fut une nécrose aseptique par défaut de circulation et non un sphacèle par infection dont nous ne sommes jamais sûrs d'être à l'abri dans un milieu septique comme la bouche. Les deux premiers étaient un bec-de-lièvre unilatéral total pour lesquels nous avions fait auparavant la partie antérieure de la voûte. Le sommet du lambeau n'a pas été détaché totalement ; il était adhérent à la muqueuse nasale. Les deux muqueuses formaient une lame fibreuse scléreuse par le fait des deux opérations antérieures ; nous avions voulu les séparer mais nous n'avons pas pu. Alors cette lame était irriguée en totalité par les vaisseaux venus de la face supérieure nasale, la vitalité était convenablement assurée. Au contraire dans le cas qui m'occupe (obs. XLIV), le lambeau buccal a été détaché en totalité de la muqueuse nasale ; il ne recevait ses vaisseaux que par le pédicule postérieur vélaire ; c'était insuffisant, il s'est nécrosé.

Cet exemple prouve qu'après une incision semi-circulaire le sommet du lambeau doit rester adhérent à la muqueuse nasale. Si on veut détacher complètement le lambeau buccal pour avoir une meilleure plastie il est indispensable de faire porter l'incision en dehors de l'artère palatine postérieure.

Obs. XLV. — M... André, 2 ans 1/2. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche. Désunion totale du voile. La voûte tient. Echec. Fente large de 12 millimètres, la lame palatine gauche à 12 millimètres, la lame droite (insertion du vomer) 16 millimètres.

11 octobre 1922. — Section du vomer. Suture nasale : 4 points au niveau de la voûte, 7 points au niveau du voile. Suture musculaire. Suture buccale complète facilitée par une incision libératrice sur le bord externe du lambeau palatin gauche.

22 janvier 1924. — Nouvelle suture. Désunion du voile.

Obs. XLVI. — G..., 2 ans. Division du voile.

Une opération sans trou temporaire. La division ne dépasse pas le plan de la dernière molaire, comme il y a en avant d'elle une zone très mince qui ne pourrait peut-être pas être dédoublée ou quand elle serait dédoublée ne pourrait être utilisée pour la suture. Opération en deux temps.

12 octobre 1922. — Décollement.

14 octobre 1922. — Suture nasale : 8 points. Suture musculaire, suture buccale : 10 points.

Obs. XLVII. — S... Rodolphe, 12 ans 1/2. Bec-de-lièvre unilatéral total.

Une opération sans trou temporaire. Plusieurs becs-de-lièvre dans la famille. Opéré de la lèvre à six semaines par Silzer de Leipzig : la narine est aussi étalée que dans nos mauvais cas. Le vomer est vertical.

21 octobre 1922. — Section du vomer. Suture nasale : 5 points sur la muqueuse de la voûte, 8 points sur la muqueuse du voile. Suture musculaire. Suture buccale incomplète quoique le lambeau palatin droit ait été décollé. Trou fermé en deux mois après quelques cautérisations.

Obs. XLVIII. — C... Elise, 14 ans 1/2. Division de la voûte et du voile.

Une opération, trou temporaire.

28 octobre. — Suture nasale : 8 points. Le pôle antérieur de la fente ne peut être réuni. Suture métallique. Suture buccale complète. Trou fermé en deux mois.

Obs. XLIX. — F... Jean, 13 mois. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Une opération. Echec. Lèvre opérée par M. Broca à trois mois. Palais antérieur à treize mois.

31 novembre 1922. — Suture nasale incomplète en avant. Suture musculaire, suture buccale. Quitte le service douze jours après. La luette est fendue il y a un trou de 8 millimètres de long sur 2 millimètres de large. Le trou s'est peut-être fermé dans la suite, nous ne pouvons le savoir puisque malgré les recherches l'enfant est resté introuvable.

Obs. L. — D... Gaston, 6 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total droit.

Deux opérations. Guérison. Lèvre opérée par M. Veau. Fente très large, 15 millimètres ; les lambeaux ont 14 et 19 millimètres de large.

3 novembre 1922. — Résection large du vomer. Suture nasale complète, 4 points à la voûte, 11 points au voile. Suture musculaire. Suture buccale incomplète malgré le décollement incomplet du lambeau palatin gauche.

18 mars 1923. — Il restait un trou ovalaire de 8 millimètres de long, 3 de large. Décollement de l'aponévrose, dédoublement des bords. Suture buccale.

Obs. LI. — M... Pierre, 26 mois. Bec-de-lièvre unilatéral total droit. Mort.

Enfant très vigoureux venant de la campagne. Lèvre opérée par M. Veau.

6 novembre 1922. — Suture nasale incomplète : 5 points au niveau de la voûte, 7 au niveau du voile. Suture musculaire. Suture buccale incomplète. Dès son réveil l'enfant a été très agité et cela jusqu'à la fin. Température le soir 38°8, quelques vomissements. Le lendemain matin 39°8. Selle normale. Le lendemain soir 10°2. Meurt dans la nuit. A l'autopsie rien aux poumons, foie un peu pâle. En disséquant cette pièce nous avons compris l'importance des trousseaux fibreux qui sortent au voisinage du trou palatin postérieur. Tant qu'ils ne sont pas coupés le lambeau ne peut être mobilisé en masse. L'artère est élastique, elle se laisse allonger assez bien. Il restait une petite

artère palatine accessoire qui sortait par un canal accessoire en arrière et en dehors de la grosse artère. Par conséquent la désinsertion de l'aponévrose ne rompt pas fatalement toutes les artères palatines accessoires.

Obs. LII. — H... Jean, 20 mois. Bec-de-lièvre unilatéral total.

Une opération. Echec. Lèvre opérée par M. Veau.

10 novembre 1922. — Résection du vomer. Suture nasale : 6 points au niveau de la voûte, 8 points au niveau du voile. Section perpendiculaire du bord de la muqueuse nasale gauche, c'est une erreur. Suture musculaire. Suture buccale incomplète malgré un décollement du lambeau palatin du côté opposé à la fente. Quitte l'hôpital vingt jours après l'opération, fente de la luette. Trou à la voûte. L'enfant a une broncho en rentrant chez lui dans la Manche. Les parents se refusent à le ramener pour une nouvelle opération.

Obs. LIII. — D... Louise, 16 ans 1/2. Bec-de-lièvre unilatéral total.

Une opération. Guérison. Lèvre opérée à Madagascar quelques jours après sa naissance par le Dr Rasmimana, médecin malgache. Très bon résultat. Opérée le 18 novembre 1922. Résection du vomer. Section de la muqueuse vomérienne sur le bord postérieur du vomer perpendiculaire à ce bord. Suture nasale incomplète en avant. Suture musculaire. Deux points métalliques liés à droite et à gauche. Hémorragie très abondante.

Obs. LIV. — E... Yvon, 9 mois. Division du voile.

Une opération. Guérison. Largeur considérable de la fente, pendant la contraction des muscles : 17 millimètres mais au repos les deux bords ne sont qu'à quelques millimètres.

21 novembre 1922. — Opération typique.

Obs. LV. — M... Robert, 3 mois. Division de la voûte et du voile.

Une opération. Trou temporaire. Bec-de-lièvre bilatéral simple, opéré du palais avant la lèvre. Cette forme doit

rentrer dans la classe des divisions simples de la voûte et du voile sans bec-de-lièvre parce que au point de vue palatin la fente alvéolaire seule compte comme bec-de-lièvre.

24 novembre 1922. — Taille d'un lambeau buccal qui a été rabattu dans le nez. Suture nasale : 6 points, l'air passe au niveau de la voûte. Suture musculaire. Suture buccale incomplète. Trou fermé en deux mois sans cautérisation.

Obs. LVI. — C... Henriette, 8 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total. Echec.

Lèvre. En raison de l'âge nous avons voulu opérer le palais avant la lèvre. Comme les arcades dentaires sont presque au contact nous fermons toute la fente.

28 novembre 1922. — Résection du vomer. Suture nasale : 3 points à la voûte, 6 points au voile. Suture musculaire : 2 points ; le postérieur lié au milieu, l'antérieur lié à gauche. Suture buccale incomplète. Désunion totale le troisième jour, la température a atteint 38°5 le lendemain matin, 39° le lendemain soir mais est retombée de suite au-dessous de 37°6.

26 décembre 1923. — Nouvelle suture totale s'est faite dans les mêmes conditions que sur un palais vierge. Points de suture nasaux : 6 au niveau du voile, 7 au niveau de la voûte. Deux points musculaires sur le pharyngo-staphylin et le péristaphylin interne. Suture buccale totale grâce au décollement de tout le lambeau du côté de la fente.

Le voile lâche en totalité, la voûte tient.

C'est un des trois cas de désunion totale du voile. J'explique cet insuccès par deux raisons :

*a*) Le palais a été opéré avant la lèvre, ceci à cause de l'âge de l'enfant et parce que l'opération était facilitée pour la partie antérieure ;

*b*) La bouche était très sale, n'a pas été désinfectée suffisamment à cause des frais élevés de séjour à l'hôpital.

Obs. LVII. — P... Yvonne, 10 ans. Division totale de la voûte.

Trois opérations.

La fente s'étend jusqu'au trou palatin antérieur.

29 novembre 1922. — Essai d'un lambeau buccal basculé dans le nez. Suture nasale : 7 points sur la muqueuse nasale de la voûte, 6 points sur la muqueuse nasale du voile. Deux fils métalliques pour suturer les muscles. Suture buccale complète au voile, incomplète à la voûte, il reste une surface de 1 centimètre de large sur 3 centimètres de long. Echec, il reste un trou de 11 mm. × 7 à la partie antérieure de la voûte.

Nouvelle intervention : décollement des bords, refoulement de la muqueuse nasale, suture de la muqueuse buccale.

27 juin 1923. — Incision semi-circulaire en dehors de la palatine supérieure.

Cet exemple a montré :

1° La bascule d'un lambeau buccal pour faire un bon plan nasal est une mauvaise pratique ;

2° Dans les longues fentes totales de la voûte il est préférable de basculer un lambeau antérieur comme je l'ai décrit pour les fentes bilatérales avec bec-de-lièvre.

Obs. LVIII. — B... André, 8 mois. Bec-de-lièvre unilatéral total.

Lèvre opérée par M. Vean. Palais antérieur, le 21 décembre 1921.

Suture totale, 30 novembre 1922. L'incision latérale a été faite tellement en dehors que la boule de Bichat fait hernie. Suture nasale : 2 points sur la muqueuse de la voûte. Six points sur la muqueuse du voile.

Guérison sans trou temporaire.

Obs. LIX. — P..., 15 ans. Division de la voûte et du voile.

Opérée à Cochin dans le service de M. le Professeur Delbet.

11 novembre 1922. — Opération typique. Suture nasale : 10 points. Suture musculaire un point lié à droite. Suture buccale : 11 points.

Guérison sans trou temporaire.

Obs. LX. — B... Robert, 10 ans. Division de la voûte et du voile.

Une opération. Guérison sans trou temporaire.

Fente longue prolongée par une membrane très mince de plus de 1 centimètre de longueur.

4 décembre 1922. — Décollement de la muqueuse buccale, la fente s'est bien retrécie.

18 décembre 1922. — Opération typique : 9 points sur la muqueuse nasale, 11 points sur la muqueuse buccale. Deux points musculaires noués à droite et à gauche.

Obs. LXI. — V... Gisèle, 3 ans 1/2. Division du voile.

Une opération sans trou temporaire.

Opération typique 21 décembre 1922.

Obs. LXII. — L... André, 13 ans. Division de la voûte et du voile.

Une opération sans trou temporaire. Suture : 12 points nasaux, 13 points buccaux. Fil métallique musculaire lié dans l'incision médiane.

Obs. LXIII. — S... Henri. Forme rare de malformation. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche. Bec-de-lièvre unilatéral simple droit.

Division du palais unilatérale parce que le vomer s'implante sur la lame palatine jusqu'au niveau de l'épine palatine postérieure. Le bec-de-lièvre gauche a été opéré par M. Veau le 7 juillet 1923, avant la division palatine. Mais le bec-de-lièvre simple droit n'a été opéré qu'après la division palatine.

Palais antérieur le 11 novembre 1922, il y avait entre les arcades dentaires un écart de plus de 1 centimètre.

15 janvier 1923. — Suture nasale : 7 points, 2 au niveau de la voûte. Suture musculaire : 2 points liés à droite et à gauche.

Obs. LXIV. — T... Marthe, 16 ans. Division de la voûte et du voile.

Une opération sans trou temporaire. Ogivité énorme ; la fente arrive presque jusqu'au trou palatin antérieur.

17 janvier 1923. — Suture nasale : 12 points. Suture buccale : 16 points.

Obs. LXV. — V..., 14 mois. Bec-de-lièvre unilatéral total.

Une opération sans trou temporaire. Lèvre opérée par M. Veau. Palais antérieur 1922. Les arcades alvéolaires sont à plus de 1 centimètre, la fente mesure 14 millimètres. Résection du vomer.

18 janvier 1923. — Suture nasale : 13 points. Suture musculaire. Deux fils métalliques. Suture buccale complète sans débridement. Douze points.

Obs. LXVI. — L... Yvonne, 11 mois. Bec-de-lièvre unilatéral total.

Une opération sans trou temporaire. Lèvre opérée par M. Veau à 2 mois. Palais antérieur à 8 mois.

19 janvier 1923. — Suture nasale : 6 points au niveau du palais, 3 points au niveau du voile ne prennent que le nasale droite. Suture musculaire : 2 métalliques ; le postérieur lié dans l'incision médiane, l'antérieur lié dans l'incision latérale droite. Suture buccale totale sans débridements latéraux.

Ici on a obtenu la fermeture totale sans faire de débridements pour deux raisons :

*a*) la muqueuse buccale du jeune enfant est beaucoup plus élastique que plus tard ;

*b*) la voûte n'est pas ogivale, alors il n'y a pas de décollage entre le lambeau auquel on fixe la muqueuse nasale qui est remontée par cette suture et le lambeau opposé qui est sur un plan d'autant plus inférieur qu'on a décollé davantage le lambeau.

Obs. LXVII. — L... Jeanne, 16 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total.

Une opération. Echec. Lèvre opérée par M. Veau à 16 ans. La jeune fille habite Paris, elle n'avait jamais été opérée. Palais antérieur, 3 avril 1922. A 17 ans, 20 janvier 1923, suture nasale : 9 points. Suture musculaire, 2 points liés dans la plaie médiane. Suture buccale 17 points. Ça tire beaucoup en avant.

Décembre 1923. — Fente de 1 millimètre de large sur 3 de long serait très facile à fermer, la jeune fille s'y refuse absolument.

Obs. LXVIII. — D... André. Bec-de-lièvre bilatéral total. Trois opérations : échec. Lèvre opérée trois fois.

4 novembre 1922. — Réfection de la partie antérieure de la voûte avec la muqueuse du bord inférieur du vomer très élargi.

2 février 1923. — La fente est très large : 18 millimètres ; les lames palatines n'ont que 12 millimètres de large, impossibilité de fermer autre chose que le voile. Quatre points sur la muqueuse buccale.

17 octobre 1923. — Décollement de la totalité des lambeaux palatins qui sont reculés et remontés. Il persiste une fente transversale derrière le tubercule médian. Le sujet sera toujours obligé de porter un appareil prothétique pour les dents, c'est cet appareil qui comblera la fente.

Obs. LXIX. — G... Jeanne, 8 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total.

Une opération sans trou temporaire. Lèvre opérée par M. Témoin de Bourges, à six mois. A huit ans, fente étroite.

20 février 1923. — Suture nasale : 6 points au niveau du voile, 4 points au niveau de la voûte. Suture musculaire, 2 points liés au milieu comme il est représenté dans la communication de M. Veau.

Obs. LXX. — M... Mélanie, 14 ans. Division totale du voile et de la voûte totale. Deux opérations.

24 février 1923. — Suture nasale : 7 points. Suture musculaire : 2 points liés dans la plaie. Suture buccale : 14 points. Trou antérieur 7 mm. × 3.

28 mars. — Deuxième intervention. Décollement de tout le segment antérieur de la muqueuse buccale. Trois points de suture. Fermeture sans trou temporaire. C'est une chance que d'avoir fermé si facilement une fente qui mesurait 1 centimètre en avant derrière les incisives.

Obs. LXXI. — T..., Micheline, 2 ans 1/2. Division de la voûte et du voile.

Une opération sans trou temporaire.

Obs. LXXII. — B... Victorine, 11 ans. Division du voile et de la voûte totale.

Quatre opérations (plus 2 préliminaires). Echec relatif.

Fente très longue et très large au niveau du trou palatin antérieur, elle mesure plus de 1 centimètre à la partie moyenne, les lambeaux ont 15 millimètres de large.

30 septembre 1922. — Bascule d'un lambeau antérieur médian.

25 janvier 1923. — Greffes de Delagenière prises sur le tibia introduites par l'incision latérale qui a servi à décoller la muqueuse buccale. La faute a été de crever la muqueuse nasale à droite.

Elimination des greffes, les plaies n'étaient pas fermées quand la suture a été faite.

2 mars. — Suture nasale incomplète en avant. Suture musculaire : 2 métalliques liés dans la plaie. Suture buccale totale. Désunion le troisième jour sauf tout à la base de la luette.

23 avril. — Le métallique est enlevé et remplacé par un autre. Opération qui ne sert à rien.

25 mai. — Nouvelle suture. La muqueuse nasale n'a pu être isolée sur la lame palatine droite. Quatre points sur la muqueuse nasale au niveau du voile. Deux fils métalliques sur les muscles. Dix points sur la muqueuse buccale qui a été décollée en totalité. En réalité c'est un vrai Trelat car la respiration se fait librement par les incisions latérales. Nouvel échec.

24 octobre. — Décollement de la totalité de la voûte palatine dont la muqueuse est refoulée en haut et en arrière. Suture nasale incomplète, impossibilité de réunir en avant. Suture musculaire : 2 points. Suture buccale complète.

Résultats : 1° Un orifice à l'union de la voûte et du voile se ferme progressivement ;

2° Une fente transversale en avant et très haute derrière le squelette incisif large de 2 millimètres, longue de 2 centimètres, s'est exagérée progressivement par re-

croquevillement du lambeau sur la ligne médiane exactement comme nous le voyions pour les lambeaux latéraux quand ils se formaient sur une fente latérale. Actuellement deux mois et demi après la dernière intervention cet orifice doit être considéré comme définitif.

Ce cas est un très beau succès mais il a donné tellement de mal à l'opérateur, il a été si près d'un échec total qu'il serait hasardeux d'entreprendre une fente aussi large à l'avenir.

Greffes ostéo-périostiques. Cet exemple prouve que c'est une méthode justiciable de donner de bons résultats. Il existait un noyau osseux important, cependant les greffons avaient été éliminés en totalité ou du moins en très grande partie. A l'avenir les greffons ne seront pas introduits par une incision postérieure, celle qui sert à désinsérer l'aponévrose. On a de la peine à pousser le greffon dans la lame palatine ;on a tendance à le placer dans l'espace décollable en dehors du voile là où il est peu utile. Il faut suturer le voile longtemps après avoir fait la greffe. Ici le grand tort a été de n'attendre que six semaines, les incisions pour introduire le greffon n'étaient pas fermées : c'est à cette faute que l'on doit attribuer la désunion totale du voile après la première intervention. Les greffons étaient trop nombreux. Un seul greffon bien placé sera mieux toléré.

Il ne faut pas se décourager pour deux échecs successifs même si la désunion du voile est totale ou presque totale. Malgré le nombre des interventions le voile est mobile. Si l'on avait fait trois fois de suite l'opération de Trelat avec décollement et abaissement de la voûte, la section, l'écrasement des muscles du voile, il est certain que le voile serait complètement immobile et plus court.

Obs. LXXIII. — D..., Thérèse, 3 ans. Division de la voûte et du voile. Mort.

5 mars 1923. — Opération typique : 7 points nasaux, 2 musculaires, 8 points buccaux. Le soir l'enfant a 38°, il passe une nuit très agitée ; le lendemain il a 40°, la journée fut calme ; le soir il avait 39°8, mais la deuxième nuit il fut plus agité que la première, il avait 40°8 le matin, il

il est mort à cinq heures, cinquante-trois heures après l'opération.

Obs. LXXIV. — V. H... Georges, 3 ans. Division du voile.

Une opération sans trou temporaire.

12 mars 1923. — Opération typique.

Obs. LXXV. — L... Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Une opération, trou temporaire. Lèvre opérée à l'âge de vingt-trois mois.

1er mai 1923. — Fente très large. Bascule de la muqueuse vomérienne qui forme un lambeau limité en arrière par une incision le long du bord postérieur de l'os. Fermeture incomplète de la muqueuse buccale. Trou de 1 centimètre de diamètre qui se ferme spontanément à la campagne.

Obs. LXXVI. — V... Angéline, 22 mois. Bec-de-lièvre unilatéral gauche.

Une opération sans trou temporaire. C'était là une forme tout à fait exceptionnelle. Le bord alvéolaire était intact, il y avait un bec-de-lièvre simple (parties molles) de la lèvre à gauche et une fente palatine unilatérale car on voyait le vomer s'implanter sur la lame palatine droite plus de 1 centimètre en arrière du pôle antérieur de la fente. Au point de vue opératoire la région se présentait comme chez les sujets atteints de fente unilatérale totale dont la partie antérieur a été refermée.

22 mars 1923. — Suture nasale : 8 points. Suture musculaire, 2 fils métalliques noués dans la plaie médiane. Suture buccale : 10 points.

Obs. LXXVII. — L... Yvonne, 23 mois. Division du voile.

Une opération. Guérison sans trou temporaire.

13 avril 1923. — Opération typique.

Obs. LXXVIII. — G... Lucienne, 18 ans. Division du voile.

Une opération. Guérison sans trou temporaire. La fente s'arrête au niveau de la dernière molaire mais il y a en

avant d'elle une zone triangulaire à base postérieure répondant à la fente ou les deux muqueuses nasale et buccale sont accolées. Ce cas doit rentrer dans les divisions du voile simple car la fente ne dépasse pas la dernière molaire mais si on ne regardait que la voûte palatine qui est fendue on pourrait le classer dans les divisions de la voûte et du voile.

23 avril. — Suture nasale : 4 points. Suture musculaire deux points liés au milieu. Suture buccale complète.

Obs. LXXIX. — B... Jacqueline. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche. Deux opérations.

4 novembre 1922. — Palais antérieur : entre les arcades maxillaires il y a un écart de plus de 1 centimètre. La fente s'est reconstituée exactement comme avant l'intervention.

26 avril 1923. — Suture totale : 4 points sur la muqueuse nasale de la voûte, 2 points musculaires liés au milieu. Suture buccale incomplète en avant, pas d'incision libératrice des lambeaux buccaux.

Obs. LXXX. — V... Maurice, 2 ans 1/2. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Une opération. Guérison.

13 octobre 1922. — Palais antérieur.

1er mai 1923. — Suture nasale : 6 points. Suture musculaire : 2 points liés au milieu, suture buccale : 8 points complète sans incision libératrice.

Obs. LXXXI. — V... Jean, 2 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Deux opérations. Lèvre opérée en province à trois mois.

3 mai 1923. — Malgré un écart des lames palatines de plus de 1 centimètre on a voulu fermer en une seule opération ; c'est à tort, car il est resté un trou de 1 centimètre de diamètre qu'on a dû réopérer le 26 octobre 1923.

Obs. LXXXII. — G... Gisèle, 11 mois. Division de la voûte et du voile.

Deux opérations. Echec. La fente s'étend loin en avant, elle est large mais il y a un vomer renflé en bulle qui la

divise à la partie antérieure ; on a voulu utiliser la muqueuse de ce vomer ; ça n'a pas réussi.

4 mai 1923. — Incision médiane de ce vomer, décollement de deux lambeaux muqueux latéraux qui sont suturés à la muqueuse nasale des lames par 4 points ; 5 points sur la muqueuse nasale du voile. Deux points musculaires liés au milieu. Suture buccale totale grâce à un décollement étendu. Désunion de la voûte, élimination d'un segment de muqueuse vomérique sphacélée.

Résultat : fente 15 mm. × 4.

27 novembre. — Incision semi-circulaire en dehors de l'artère, décollement de la totalité de la muqueuse buccale. Broncho-pneumonie grave après l'opération. Désunion.

15 janvier 1924. — Il reste une fente de 1 centimètre de long au niveau de la voûte les deux lèvres sont au contact. L'enfant sera réopéré quand son état général sera amélioré.

Obs. LXXXIII. — H... Denise, 37 jours. Division de la voûte et du voile.

Une opération. Guérison sans trou temporaire.

2 mai 1923. — Opération très facile.

Obs. LXXXIV. — P... Jeannette, 2 ans 1/2. Bec-de-lièvre unilatéral.

Deux opérations. Lèvre opérée par M. Veau. Forme anatomique comparable à celle de l'observation LXXVI, mais le processus de guérison a été plus complet, la fente palatine est moins longue. Vomer absolument vertical.

11 mai 1923. — Suture nasale : 5 points. Suture musculaire : 2 points. Suture buccale : 10 points.

Résultats : Fente étroite et longue à la partie antérieure.

18 octobre 1923. — Décollement, suture. Guérison.

Obs. LXXXV. — C... Francis, 2 ans 1/2. Fente large. Division de la voûte et du voile.

Une opération temporaire.

18 mai 1923. — Suture nasale : 6 points. Suture musculaire : 2 points. Suture buccale complète obtenue par un décollement excessif. Trou fermé en deux mois sans cautérisation.

Obs. LXXXVI. — A..., 4 ans. Division de la voûte et du voile.

Une opération, trou temporaire. Fente longue mais peu large.

26 mai 1923. — Suture nasale, la muqueuse s'est déchirée en avant à droite. Suture musculaire, 2 points métalliques. Suture buccale très bonne.

Trou fermé en cinq semaines sans cautérisation

Obs. LXXXVII. — C... Pierre, 3 ans. Division du voile.

Une opération, guérison sans trou temporaire.

30 mai 1923. — Opération très facile.

Obs. LXXXVIII. — P... Ginette, 4 ans. Division de la voûte et du voile.

Une opération, guérison avec trou temporaire.

31 mai 1923. — Il y a à la partie antérieure de la fente une zone très mince qui n'a pu être utilisée. Suture nasale : 6 points. Suture musculaire : 2 points métalliques. Suture buccale totale sans débridement parce que la muqueuse est élastique.

Trou fermé sans cautérisation.

Obs. LXXXIX. — M... Yvonne, 17 ans. Division de la voûte. Retouche.

Opérée par M. Girard de Genève : orifice 11 × 11 à l'union du voile et de la voûte.

1er juin 1923. — Impossible de retrouver la muqueuse nasale à droite. Suture musculaire : 1 point lié au milieu en avant de l'orifice. Suture buccale : 4 crins. Orifice fermé en quatre mois après plusieurs cautérisations.

Obs. XC. — M... Louis, 2 ans 1/2. Division du voile.

Guérison sans trou temporaire.

8 juin 1923. — Opération très facile.

Obs. XCI. — M... Robert, 3 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Une opération. Guérison sans trou temporaire.

Lèvre opérée par M. Veau en décembre 1920.

Palais antérieur, 27 mai 1922. Résection du vomer.

3 juin 1923. — Opération typique : 6 points nasaux, 2 points musculaires ; 10 points buccaux, fermeture complète sans incision de débridement.

Obs. XCII. — D... Jean, 13 ans. Division de la voûte et du voile.

Deux opérations. La fente s'étend loin en avant, il y a une zone mince difficilement utilisable.

13 juin 1923. — Voie endo-nasale. La muqueuse nasale a été décollée en passant par l'orifice antérieure des fosses nasales par une incision dans le vestibule. Suture musculaire habituelle : 8 points nasaux, 10 points buccaux, 2 points musculaires. Trou.

Novembre 1923. — Fente de 1 centimètre de long sur 1 millimètre de large au niveau de la voûte. Décollements des bords. Suture. Guérison.

*Voie endo-nasale.* — On éprouve toujours beaucoup de difficulté pour décoller la muqueuse nasale au pôle antérieur de la fente nasale. Cette incision du vestibule est admirablement supportée. Il est inutile de la suturer. Le décollement de la muqueuse se fait avec une facilité extrême, la sonde cannelée ne rencontre aucune résistance. Dans ce cas on a pu décoller une zone mince beaucoup plus facilement qu'on avait cherché à le faire par la bouche. Il est difficile de se prononcer sur cette pratique, l'expérience manquant.

Obs. XCIII. — D... Lucien, 2 ans. Division de la voûte et du voile.

Deux opérations. La fente dépasse les muscles de la voûte palatine.

14 juin 1923. — Suture nasale : 18 points. Suture musculaire, 2 points. Suture buccale : 12 points. Trou allongé à la partie moyenne de la voûte.

Novembre 1923. — Décollement de la voûte palatine dont la muqueuse est refoulée en haut et en arrière. Trou fermé en cinq semaines.

Obs. XCIV. — B... Monique, 7 ans. Retouche.

Une opération. Guérison sans trou temporaire. Opérée dans une maison de santé, en octobre 1922. Division du

voile. On voit entre la fente et le bord maxillaire une ligne reliquat de l'incision qui a été faite en dedans de l'artère palatine.

13 juin 1923. — Suture nasale : 6 points. Deux points musculaire. Suture buccale : 8 points. Guérison immédiate sans trou.

Obs. XCV. — S.-J... Jeanne, 16 ans, assistée. Division de la voûte et du voile. Deux opérations.

21 juin 1923. — Fente longue et large. Voie nasale. Décollement de la muqueuse en passant par l'orifice antérieur des fosses nasales. Suture nasale : 3 points au niveau de la voûte. Sept points au niveau du voile. Deux points musculaires. Suture buccale complète mais ça tire en avant. Angine gangréneuse le quatrième jour, désunion postérieure. Trou de 15 mm. × 7.

30 octobre 1923. — Décollement de la totalité de la voûte palatine dont la muqueuse est refoulée. Trou temporaire, cautérisation. Guérison en deux mois et demi.

Obs. XCVI. — S..., 3 ans. Division de la voûte et du voile.

Une opération. Guérison trou temporaire.

23 juin 1923. — Suture nasale : 9 points. Suture musculaire : 2 points. Suture buccale, fermeture complète. Guérison immédiate. L'enfant revient le 15 novembre, on voit à la partie antérieure de la voûte une fente de 1 centimètre de long dont les deux lèvres sont au contact. La mère dit qu'il doit y avoir une communication avec le nez parce que tous les quinze jours environ il passe un peu de purée. Chose curieuse il ne passe pas de liquide. Un stylet fin pénètre dans les fosses nasales.

Obs. XCVII. — S... Josette, 2 ans. Division du voile et de la voûte totale.

2 juillet 1923. — La fente s'avance très loin en avant. Décollement de la muqueuse nasale par la voie endo-nasale. Décollement par la voie nasale. Suture nasale : 8 points. Suture musculaire : 2 points. Suture buccale complète après décollement total de la muqueuse palatine. Décollement total de la muqueuse buccale qui est refoulée

en arrière et en haut. Quand l'enfant a quitté l'hôpital, il y avait un trou de 1 centimètre de long sur 3 millimètres de large. Le 2 novembre, le trou était fermé.

Obs. XCVIII. — B..., 5 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total.

Lèvre opérée à un an, par le Dr Chaton (de Besançon), très bon résultat. Guérison sans trou temporaire.

5 juillet 1923. — Suture nasale : 4 points au niveau de la voûte. Sept points au niveau du voile. Deux fils métalliques sur les muscles. Comme la fente était très large, la suture buccale n'a été complète que grâce au décollement total de la muqueuse buccale du côté de la fente.

Guérison sans trou temporaire.

Obs. XCIX. — G... Emile, 25 mois. Bec-de-lièvre bilatéral total.

Lèvre refaite par M. Veau en trois opérations. Palais antérieur.

12 juillet 1923. — Suture du voile : 6 points sur la muqueuse nasale. Un seul point musculaire. Huit points sur la muqueuse buccale.

30 octobre. — Trou 15 millimètres de long sur 8 millimètres de large. Décollement de toute la muqueuse buccale qui est refoulée en arrière et remontée.

Guérison sans trou temporaire.

Obs. C. — B... Elisabeth, 7 ans. Division de la voûte et du voile.

20 juillet 1923. — Sept points sur la muqueuse nasale. Un seul point musculaire. Huit points sur la muqueuse buccale. Guérison sans trou temporaire.

Cette enfant a été présentée à la Société de Chirurgie, elle a racontée elle-même son histoire en décembre 1923.

Obs. CI. — T... Henri, 4 ans. Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.

Une opération. Guérison. Lèvre opérée à huit mois.

18 octobre 1923. — Les arcades alvéolaires sont au contact. Quatre points sur la muqueuse nasale au niveau de la voûte. Six points au niveau du voile. La lame palatine

droite a été décollée en totalité. Deux points musculaires. Deux points sur la muqueuse buccale.

Obs. CII. — B... Madeleine, 7 ans. Division du voile et d'une petite partie de la voûte.

Une opération. Guérison sans trou.

27 octobre 1923. — Un seul point sur les muscles. Sept points sur la muqueuse nasale. Huit points sur la muqueuse buccale.

## CONCLUSIONS

1° La suture des muscles du voile du palais est une amélioration au procédé classique (Baiseau-Langenbeck, Trélat);

2° Elle nous a donné 70 0/0 de guérisons après une intervention et 91 0/0 après plusieurs opérations;

3° La guérison par première intention sans trou temporaire n'est obtenue que dans 40 0/0 des cas;

4° Ce procédé doit être perfectionné, car il n'est pas encore à la hauteur de toutes les difficultés anatomiques.

Vu : le Président de la thèse,
BERNARD CUNÉO

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

# BIBLIOGRAPHIE


LAFUE. — Traitement chirurgical en deux temps de la fissure velo-palatine. Thèse Lyon, 1922.

VIGNAUD. — Des résultats anatomiques et fonctionnels de la staphylorraphie par les procédés classiques. Thèse Paris, 1922.

Bulletins de la Société de Chirurgie. — 25 janvier 1922, 17 mai 1922, 24 mai 1922, 12 juillet 1922.

STAHL (Oto). — Zur Operation der augeborenen Haumens nspalte Endergebnisse der Uranostaphyloplastik nach Langenbeck (Archiv. f. klin Chir., t. CXXIII, mars 1923).



Impr. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie 15, rue Racine Paris. — 6235-24

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Dop.